

שם הסוכן	מספר פוליטיה

טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ



הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הגשת תביעה - תאונות אישיות - דואגים למשפחה / מורחב / בדרכים

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר 627

אין בהכרה בזכות לתגמולים עפ"י נספח זה כדי להוות הודעה ו/או הכרה בהיות התאונה "תאונת דרכים" כהגדרה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה-1975 (להלן: "החוק") ו/או הכרה בגובה הנכות ו/או הנזק הרפואי שנגרם למבוטח, בכל הנוגע לתביעה לפיצויים לפי החוק.

א. פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
מספר מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)		מיקוד	מספר טלפון	
קופת חולים		סניף	שם הרופא המטפל וכתובתו	
דואר אלקטרוני				

ב. פרטים על האירוע	
תאריך האירוע	כיצד אירעה התאונה? פרט נסיבות האירוע: _____
שעה משוערת	
סוג האירוע: <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת <input type="checkbox"/> מחלה	

ג. במקרה של תאונת דרכים			
תאריך התאונה	מספר רישוי	האם הרכב דו-גלגלי	חברת הביטוח המבטחת
		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
שעה משוערת		כתובת מדויקת של מקום האירוע (רחוב, מספר בית, יישוב)	
כיצד אירעה התאונה? _____			
סוג הנסיעה: <input type="checkbox"/> עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> פרטית			
האם יש נפגעים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
מה היו תוצאות התאונה? <input type="checkbox"/> מוות מתאונה <input type="checkbox"/> נכות צמיתה מתאונה <input type="checkbox"/> שברים מתאונה <input type="checkbox"/> כוויות מתאונה <input type="checkbox"/> הוצאות נלוות <input type="checkbox"/> סיעוד מתאונה			

ד. פרטי עדים				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מספר טלפון

ה. פרטי הטיפול הרפואי			
שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי שהגיש למבוטח עזרה ראשונה: _____			
שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי המטפל במבוטח: _____			
האם אושפזת בבית חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתאריך: _____	עד תאריך: _____	סה"כ ימי אשפוז: _____	
נא לציין תקופת אובדן כושר: אובדן כושר מלא לעבודה: _____	עד תאריך: _____	סה"כ ימים: _____	
אובדן כושר חלקי לעבודה: _____	עד תאריך: _____	סה"כ ימים: _____	
האם הינך זכאי לתשלום מהביטוח הלאומי בגין תאונה זו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
האם הגשת בעבר תביעה לפי הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
האם התביעה סופית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			

(11.2014)



0162762702051114

עמוד מספר 2 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 627



שם הסוכן	מספר פוליטה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ו. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק

אני מבקש את תגמולי הביטוח לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבוני הנ"ל):

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף
כתובת בנק (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ואו משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- אני מאשר כי ידוע לי שסכום העברה הבנקאית באמצעות הרשאה זו לא יעלה על סך של 400,000 ש"ח.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ואו לא צורף העתק המחאה מבוטלת - יבוצע התשלום בהמחאה.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימה *

תאריך

ז. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.

חתימה *

תאריך

ח. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ"מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ואו המידע ואו המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

חתימת המבוטח *

שם פרטי ומשפחה

תאריך

ט. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ואו הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ואו מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ואו המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

חתימת המבוטח *

מס' זהות

שם פרטי ומשפחה

תאריך





ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
מספר טלפון	מיקוד	יישוב	רחוב

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגה בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו פיה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.

שם קופ"ח קודמת	מספר אישי בצה"ל

ב. במקרה של קטין

שם האב	מספר זהות	חתימה	שם האם	מספר זהות	חתימה
		★			★

ג. ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה ★
-------	-------------------	---------

ד. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★
-------	---------------	-----------	-------------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	מספר זהות	חתימת המבוטח ★
-------	-----------	----------------



כתב שיפוי לקטין

1. כידוע, על פי הוראות פוליסה מס' _____ אנו הח"מ _____ ו- _____ זכאים, כאפטרופוסים טבעיים עבור בנו/בתנו _____ (להלן: לציין שם פרטי), לקבל תגמולי ביטוח ע"ס של _____.
2. בשים לב לאמור לעיל אנו מורים בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי שהיא תורה ו/או מי מטעמה (להלן: "מגדל"), להעביר את תגמולי הביטוח בהמחאה המשוכה לפקודת _____ המשמש, כאמור, כאפטרופוס טבעי על _____.
3. אנו מתחייבים, ביחד וכל אחד לחוד, באופן בלתי חוזר אוטונומי ובלתי מותנה, לשפוט ולפצות את מגדל ו/או מי מטעמה באופן מידי עם קבלת הדרישה ממגדל לעשות כן, וזאת בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגד מגדל ו/או מי מטעמה לתשלום סכומי כסף כלשהם, לרבות תגמולי ביטוח, הפרשי ריבית והצמדה, הוצאות משפטיות, שכר טרחת עו"ד ו/או בוררים ו/או מומחים, בקשר עם הפוליסה ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא וכן לשפוט ולפצות את מגדל בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או הפסד, ישיר או עקיף שיגרמו לה בקשר עם תשלום סכומי כסף על פי הפוליסה ו/או בגין ו/או עקב מחלת הקטין ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהו ו/או טוען כלשהוא לזכויות בכספים. מובהר בזאת כי ידוע לנו שההתחייבות חלה גם על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה שתוגש, ככל שתוגש, ע"י הקטין בכל עילה שהיא, לרבות בכל הקשור לעצם כריתת כתב שיפוי זה ו/או תוכנו.
4. ידוע לנו כי מגדל משלמת את תגמולי הביטוח על בסיס הוראותינו והתחייבויותינו כמצוין לעיל.
5. לראיה באנו על החתום:

תאריך	שם ההורה	מספר זהות	חתימה
_____	_____	_____	★
_____	_____	_____	★

* יש לצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים





שם הסוכן	מספר הרישוי
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

תאריך האירוע

הוראה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

(יש לצרף טופס הוראה נפרד עבור כל תביעה)

לצורך טיפול בבקשה יש לצרף תצלום המחאה מבוטלת או אישור הבנק לאימות פרטי החשבון.

אני הח"מ (בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר תביעה	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)		מספר בית	יישוב	מיקוד	

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על-ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	שם סניף	מספר חשבון בנק
כתובת הסניף (רחוב)		מספר בית	יישוב	מיקוד

אני מבקש להעביר אליי דיווח על ביצוע התשלום בהעברה בנקאית, כולל פרטי הבנק כאמור, באמצעות אחד מאלה:

מספר טלפון נייד (SMS)	מספר פקס	כתובת דואר אלקטרוני	כתובת למשלוח דואר (רחוב, מס' בית, ישוב, מיקוד)
-----------------------	----------	---------------------	--

חשוב למלא בכתב יד קריא וברור. במקרה של חוסר בהירות, תשלח הודעה בדואר לכתובת הרשומה בפוליסה.

ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד האמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי ההעברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על-ידי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- אני מאשר כי ידוע לי שסכום ההעברה הבנקאית באמצעות הרשאה זו, לא יעלה על סך של 50,000 ש"ח.
- ידוע לי כי אם הפרטים עליי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף שיק מבוטל - יבוצע התשלום בשיק.

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימת בעל החשבון ★

שם בעל החשבון

תאריך

חתימת בעל החשבון ★

שם בעל החשבון

למילוי אם יש יותר ממבוטח / תובע אחד:

